

Absender

Adresse der Krankenkasse

Widerspruch gegen die Ablehnung der Einstufung in die Pflegeversicherung

Datum:

Name, Geburtsdatum:

Mitgliedsnummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen Ihren Bescheid vom _____ erhebe ich Widerspruch.

Ich bitte um eine erneute Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der
Krankenversicherungen.

Die Begründung des Widerspruches sende ich Ihnen nach Einsicht des
Gutachtens zu.

Bitte senden Sie mir vorab das Gutachten des MDK zu.

Mit freundlichen Grüßen,